

TO 010

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

DEPARTAMENTO DE TOCGINECOLOGIA

**— HISTERECTOMIA VAGINAL: ANÁLISE DE ONZE ANOS DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

ANA CLÁUDIA Z. CORRÊA

FLORIANÓPOLIS, NOVEMBRO DE 1994

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA
DEPARTAMENTO DE TOCGINECOLOGIA

**HISTERECTOMIA VAGINAL: ANÁLISE DE ONZE ANOS DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

AUTORA: ANA CLÁUDIA Z. CORRÊA *

ORIENTADOR: Dr. LUIZ FERNANDO SOMACAL **

*** DOUTORANDA DA 12ª FASE DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA
DA UFSC**

**** PROFESSOR AUXILIAR DO DEPARTAMENTO DE TOCGINECOLOGIA
DA UFSC**

FLORIANÓPOLIS, NOVEMBRO DE 1994

AGRADECIMENTO

Meu especial agradecimento ao Dr. Lúcio Botelho e Dr. Luiz Fernando Somacal pelo estímulo e orientação dispensados.

RESUMO ✓

O autor estuda 54 casos de prolapso uterino no Serviço de Tocoginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), durante o período de fevereiro de 1983 a fevereiro de 1994. Todas as pacientes foram submetidas a histerectomia por via vaginal.

Neste estudo, a idade média das pacientes foi de 63 anos; 68% das mulheres tinham 6 ou mais partos anteriores, e somente 1,9% era nulípara.

O prolapso uterino grau III foi o mais comum, ocorrendo em 63% dos casos. As patologias mais comuns no exame físico foram cistocele, retocele e incontinência urinária aos esforços.

A profilaxia antibiótica foi realizada em 98,1% das pacientes. Neste estudo, 48,1% das mulheres usaram cefalotina.

Retenção urinária e infecção do trato urinário foram as únicas complicações pós-operatórias. Em 88,9% dos casos não houveram complicações.

A análise destes resultados fornece a base para a conclusão sobre o perfil das mulheres submetidas a histerectomia vaginal: paciente idosa, geralmente no climatério, grande múltipara e prolapso uterino predominantemente grau III.

ABSTRACT

This report analyses fifty-four cases of uterine prolapse in the "Serviço de Tocoginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina", during the period from February 1983 to February, 1994. All patients were submitted to vaginal hysterectomy.

The average of the women studied was 63; sixty-eight percent had six or more previous pregnancies, while 1,9% were nulligravid.

The uterine prolapse grade III was the most common pathology, occurring in sixty-three percent of the cases. Cystocele, rectocele and urinary incontinence were the most common pathologies found.

The antibiotic prophylaxis was applied to 98,1% of the women. In this report, 48,1% of the women had used cefalotin.

Urinary retention and infection were the only complications after surgery. In 89% of the cases there were no complications.

The analyses of these results made it possible to trace the profile of the women submitted to vaginal hysterectomy: old, usually in the menopause, multiparous and carrying uterine prolapse predominantly grade III.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTO.....	i
RESUMO.....	ii
ABSTRACT.....	iii
INTRODUÇÃO.....	01
MATERIAL E MÉTODOS.....	03
RESULTADOS.....	04
DISCUSSÃO.....	11
CONCLUSÃO.....	17
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	19
BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR.....	22
A N E X O.....	25

INTRODUÇÃO

A histerectomia vaginal consiste na retirada total do útero por via vaginal (16).

A histerectomia vaginal vem sendo realizada há vários séculos. Há relatos de que, no século II, Soranus, obstetra grego foi o primeiro a retirar o útero pela via vaginal. (13) Na década passada a histerectomia vaginal ganhou considerável popularidade nos EUA e Europa (10). Ela é empregada em todos os continentes, porém a sua frequência é variável (13).

Muitos ginecologistas reconhecem a preferência da histerectomia vaginal à abdominal para o tratamento de doenças pélvicas, e as suas vantagens têm sido freqüentemente relatadas. (8, 20).

A literatura é unânime quando diz que a histerectomia vaginal é associada a menor morbidade do que a histerectomia abdominal. A histerectomia vaginal evita o desconforto de uma incisão abdominal, facilitando uma mobilização precoce, conseqüentemente, complicações tais como infecções torácicas, tromboembolismo e íleo-paralítico são raras (13).

Uma das indicações mais freqüentes da histerectomia por via vaginal, é sem dúvida, a cura do prolapso uterino. O prolapso do útero ocorre devido a uma falha no mecanismo de sustentação do diafragma pélvico.

O útero é mantido na posição natural por intermédio do assoalho pélvico, ligamentos uterinos e pressão intra-abdominal. Logo, o prolapso uterino pode ser conceituado como o resultado do desequilíbrio entre as forças encarregadas de manter os órgãos genitopélvicos em posição normal (assoalho pélvico e ligamentos uterinos), como também a pressão intra-abdominal, que tende a impelir esses órgãos para fora da bacia. A histerectomia vaginal para o prolapso uterino nada mais é que uma via de acesso às estruturas anatômicas responsáveis pela manutenção da estática pélvica (16).

O objetivo do presente trabalho é apresentar as principais características clínicas, complicações pós-operatórias e o perfil das pacientes que foram submetidas a histerectomia vaginal.

MATERIAL E MÉTODOS

Entre fevereiro de 1983 a fevereiro de 1994, 60 pacientes foram submetidas a histerectomia vaginal para correção de prolapso uterino no Serviço de Tocoginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Foram excluídas 6 pacientes deste trabalho por não terem as informações completas no prontuário médico. Quando completo o trabalho abrangeu 54 pacientes.

Os dados foram colhidos através da utilização de um protocolo (anexo): nome, número do registro, idade, número de gestações, menopausa e tratamento, grau de prolapso uterino, patologia associada ao prolapso, profilaxia antibiótica, complicações pós-operatórias, cirurgia realizada e por último diagnóstico anátomo-patológico. Os dados levantados foram tabelados e analisados em computador. Quando necessário, os dados foram submetidos a análise estatística pelo teste χ^2 , a qual foi realizada pelo computador.

Por este estudo ser uma análise retrospectiva, não houve padronização das formas de profilaxia antibiótica, havendo variação na mesma. —

Todas as pacientes eram portadoras de algum grau de prolapso uterino, havendo predominância do grau III.

RESULTADOS

A idade média das mulheres estudadas foi de 63 anos e a distribuição etária pode ser observada na tabela 1.

TABELA 1 - Distribuição das pacientes submetidas a histerectomia vaginal no HU/UFSC segundo a idade.

IDADE (ANOS)	Nº DE PACIENTES	% DE PACIENTES
30 H 39	1	1,85
40 H 49	6	11,11
50 H 59	15	27,79
60 H 69	24	44,44
70 H 79	5	9,26
80 ou +	3	5,55
TOTAL	54	100,00

FONTE: Serviço de Arquivo Médico e Estatística - HU/UFSC.

Em relação a paridade, as mulheres tiveram em média mais de 8 partos, o que é considerado um importante fator causal para o prolapso uterino. Houve apenas um caso de prolapso uterino em nulípara. (tabela2).

TABELA 2 - Distribuição das pacientes submetidas a histerectomia vaginal no HU/UFSC segundo a paridade.

Nº DE PARTOS	Nº DE PACIENTES	% DE PACIENTES
0	1	1,85
1 H 2	7	12,96
3 H 5	9	16,66
6 H 8	18	33,34
+ de 8	19	35,19
TOTAL	54	100,00

FONTE: Serviço de Arquivo Médico e Estatística - HU/UFSC.

Analisando as pacientes estudadas, observou-se que em 88,9% dos casos elas eram pós-menopausadas; isto ocorreu em função da própria idade avançada onde incide mais o prolapso uterino. (tabela 3)

TABELA 3 - Distribuição das pacientes submetidas a histerectomia vaginal no HU/UFSC segundo os antecedentes de menopausa.

MENOPAUSA	Nº DE PACIENTES	% DE PACIENTES
Sim	48	88,89%
Não	6	11,11%
TOTAL	54	100,00

FONTE: Serviço de Arquivo Médico e Estatística - HU/UFSC.

As patologias ginecológicas mais freqüentes associadas ao prolapso uterino foram cistocele, retocele, enterocele, incontinência urinária de esforço, rotura perineal. Estas patologias estão relacionadas ao afrouxamento das estruturas primárias de sustentação. Em muitos casos houve mais de uma patologia associada ao prolapso uterino. (tabela 4)

TABELA 4 - Distribuição das pacientes submetidas a histerectomia vaginal no HU/UFSC conforme a patologia associada ao prolapso uterino.

PATOLOGIA	Nº DE PACIENTES*	% DE PACIENTES**
Cistocele	35	64,85
Retocele	27	50,00
Incontinência urinária de esforço	21	38,90
Rotura perineal	11	20,40
Enteroccele	1	1,85
TOTAL	95	176,00

FONTE: Serviço de Arquivo Médico e Estatística - HU/UFSC.

* Casos com mais de uma patologia.

**% Calculada sobre 54 pacientes.

Quanto ao grau de prolapso uterino, o mais freqüente foi o de grau III, ocorrendo em 34 casos. O prolapso de grau III estava presente em 18 pacientes enquanto que o de grau I ocorreu em apenas 2 casos. (tabela 5).

TABELA 5 - Distribuição das pacientes submetidas a histerectomia vaginal no HU/UFSC conforme o grau de prolapso uterino.

GRAU DO PROLAPSO UTERINO	Nº DE PACIENTES	% DE PACIENTES
I	2	3,71
II	18	33,33
III	34	62,96
TOTAL	54	100,00

FONTE: Serviço de Arquivo Médico e Estatística - HU/UFSC.

Neste estudo o antibiótico profilático mais usado foi a cefalotina seguido em frequência pelo cloranfenicol. Em apenas um caso não foi realizada a profilaxia (tabela 6).

TABELA 6 - Distribuição das pacientes submetidas a histerectomia vaginal no HU/UFSC conforme o tipo de profilaxia antibiótica.

ANTIBIÓTICO	Nº DE PACIENTES	% DE PACIENTES
Cefalotina	26	48,15
Cloranfenicol	11	20,38
Cefazolina	8	14,81
Outros	8	14,81
Sem	1	1,85
TOTAL	54	100,00

FONTE: Serviço de Arquivo Médico e Estatística - HU/UFSC.

As complicações pós-operatórias ocorreram em 15,1% dos casos e incluíram retenção urinária e infecção do trato urinário, apenas. (tabela 7) Não houveram complicações trans-operatórias como laceração vesical, retal ou complicação anestésica.

TABELA 7 - Distribuição das pacientes submetidas a histerectomia vaginal no HU/UFSC segundo as complicações pós-operatórias.

COMPLICAÇÃO	Nº DE PACIENTES*	% DE PACIENTES**
Retenção urinária	5	9,36
Infecção do trato urinário	3	5,76
Sem	48	88,88
TOTAL	56	104,00

FONTE: Serviço de arquivo Médico e Estatística - HU/UFSC.

* Casos com mais de uma complicação.

**% Calculada sobre 54 pacientes.

O diagnóstico anátomo-patológico abrangeu várias patologias sendo a cervicite mais freqüentemente encontrada, perfazendo um total de 70,4% dos casos. Em algumas pacientes houve mais de um diagnóstico. (tabela 8)

TABELA 8 - Distribuição das pacientes submetidas a histerectomia vaginal no HU/UFSC conforme o diagnóstico anátomo-patológico.

DIAGNÓTICO	Nº DE PACIENTES*	% DE PACIENTES**
Cervicite	38	70,39
Atrofia uterina	23	42,69
Leiomioma	5	9,27
NIC	1	1,85
Outros	29	53,80
TOTAL	96	178,00

FONTE: Serviço de Arquivo Médico e Estatística - HU/UFSC.

* Casos com mais de um diagnóstico.

**% Calculado sobre 54 pacientes.

Nas tabelas 9, 10 e 11, os dados analisados pelo teste χ^2 , realizado pelo computador, mostraram não ter significância estatística ($p > 0,05$).

Quando idade e grau de prolapso uterino foram correlacionados observou-se que o prolapso uterino I e III ocorreram mais aos 60 anos e o grau II ocorreu igualmente nas décadas de 50 e 60 anos de idade. (tabela 9)

TABELA 9 - Distribuição das pacientes submetidas a histerectomia vaginal no HU/UFSC, conforme o grau de prolapso uterino e idade.

PU \ IDADE	GRAU I		GRAU II		GRAU III		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
30 H 39	-	0,00	1	1,85	-	0,00	1	1,85
40 H 49	-	0,00	3	5,55	3	5,55	6	11,11
50 H 59	-	0,00	2	3,70	13	24,07	15	27,78
60 H 69	2	3,70	9	16,68	13	24,07	24	44,44
70 H 79	-	0,00	3	5,55	2	3,73	5	9,27
80 ou +	-	0,00	-	0,00	3	5,55	3	5,55
TOTAL	2	3,70	18	33,33	34	62,97	54	100,00

FONTE: Serviço de Arquivo Médico e Estatística - HU/UFSC.

O prolapso uterino ocorreu, como era de se esperar, mais freqüentemente na pós-menopausa do que mulher em pré-menopausa, sendo que o prolapso uterino grau III foi o mais encontrado. (tabela 10).

TABELA 10 - Distribuição das pacientes submetidas a histerectomia vaginal no HU/UFSC de acordo com o grau de prolapso uterino e menopausa.

MENOPAUSA \ PU	GRAU I		GRAU II		GRAU III		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	2	3,70	15	27,78	31	57,42	48	88,89
Não	-	0,00	3	5,55	3	5,55	6	11,11
TOTAL	2	3,70	18	33,33	34	62,97	54	100,00

FONTE: Serviço de Arquivo Médico e Estatística - HU/UFSC.

O prolapso uterino grau I ocorreu igualmente nas pacientes com 3 a 5 partos e 6 a 8 partos. O prolapso uterino grau II foi mais comum em mulheres com mais de 8 partos e o grau III ocorreu mais em pacientes com 6 a 8 partos. (tabela 11)

TABELA 11 - Distribuição dos pacientes submetidos a histerectomia vaginal no HU/UFSC segundo o grau de prolapso uterino e paridade.

PARIDADE \ PU	GRAU I		GRAU II		GRAU III		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0	-	0,00	1	1,85	-	0,00	1	1,85
1 H 2	-	0,00	3	5,55	4	7,43	7	12,98
3 H 5	1	1,85	3	5,55	5	9,25	9	16,66
6 H 8	1	1,85	4	7,40	13	24,07	18	33,33
+ de 8	-	0,00	7	12,98	12	22,22	19	35,18
TOTAL	2	3,70	18	33,33	34	62,97	54	100,00

FONTE: Serviço de Arquivo Médico e Estatística - HU/UFSC.

DISCUSSÃO

A histerectomia vaginal é a cirurgia indicada predominantemente em casos de prolapso uterino, propiciando excelente plastia dos elementos de sustentação dos órgãos pélvicos. O prolapso uterino pode ser classificado em grau I, II e III. O prolapso uterino grau I é um descenso uterino moderado, porém a cérvix não ultrapassa o intróito vaginal. O prolapso uterino grau II é um descenso uterino mais proeminente com a cérvix alcançando e, até mesmo, ultrapassando o intróito vaginal. E no prolapso uterino grau III, a vagina está totalmente evertida com o útero bem protuído através do intróito vaginal (16). A maioria dos trabalhos publicados sobre histerectomia vaginal têm como indicações fundamentais o prolapso uterino ou a associação deste com outras patologias uterinas (13).

As indicações para histerectomia vaginal incluem principalmente prolapso uterino, leiomioma, hemorragia uterina disfuncional, adenomiose e hiperplasia endometrial (13). (5) Praticar a histerectomia vaginal tendo como indicação a esterilização, não é justificável devido aos possíveis riscos cirúrgicos (1).

Neste estudo a principal indicação para histerectomia vaginal foi o prolapso uterino presente nos 54 casos. O prolapso uterino de terceiro grau foi o

achado mais comum ocorrendo em 63% das pacientes, seguido do grau II com 33,3% e por último o prolapso uterino grau I com 3,7% dos casos. (tabela 5)

O prolapso uterino duplicou como indicação de histerectomia vaginal na última década em comparação com os anos anteriores. Isto talvez tenha ocorrido pelo maior número de mulheres idosas submetidas a histerectomia vaginal nos últimos anos, uma vez que o prolapso uterino tende a ocorrer mais após a menopausa (10).

A idade média das pacientes foi de 60 anos com variação de 39 a 84 anos.

É notório o predomínio desta cirurgia em mulheres com mais de 50 anos de idade. Em apenas 1 caso a paciente apresentava entre 30 a 39 anos de idade (tabela 1). A pequena porcentagem de mulheres com histerectomia vaginal abaixo dos 50 anos se deve ao fato de que o prolapso uterino em mulheres de idade fértil é menos freqüente. Além disso, as mulheres com menos de 50 anos de idade neste trabalho, apresentaram uma paridade baixa. Como podemos observar na tabela nove, 39 casos de prolapso uterino ocorreram entre 50 a 69 anos de idade e apenas 7 casos em mulheres entre 30 a 49 anos de idade.

Alguns autores têm pesquisado a relação entre histerectomia e aspectos psicológicos no pós-operatório. Há evidências de que a histerectomia em mulheres antes da menopausa mesmo com preservação de um ou ambos ovários está associada com um aumento subsequente da incidência e prevalência de doença cardiovascular (6). Em 2 trabalhos o resultado obtido foi de uma grande melhora da função social e psicosexual em mais da metade das mulheres, em virtude da melhora da sintomatologia apresentada antes da histerectomia (17). (9).

A média de paridade encontrada foi alta: 8 partos por paciente. Em 68,5% dos casos, o número de partos foi maior que 6 e houve apenas 1,9% de nuliparidade (tabela 2). A literatura mostra dados semelhantes onde 64% das mulheres submetidas a histerectomia vaginal eram multíparas e 8% eram nulíparas. A maior porcentagem de multíparas pode ser explicado pelo fato de que a mobilidade uterina é melhor em multípara, e um dos fatores que influi à escolha da via vaginal para histerectomia é justamente uma boa mobilidade uterina⁽¹⁰⁾. Outro fato importante que explica a alta porcentagem de multíparas no trabalho é que o relaxamento pélvico nestas pacientes tende a ser mais intenso que em nulíparas e primíparas, e este propicia o prolapso uterino que é a principal indicação da histerectomia vaginal. A tabela 11 mostra que o número de casos de prolapso uterino em nulípara é um, em primípara e secundípara é 7, e conforme aumenta o grau de paridade este número aumenta chegando a quase triplicar em paridade maior que 8.

Ao observar a tabela 12 que mostra a paridade em função da idade, nota-se que pacientes com 60 a 69 anos tiveram maior paridade em relação as outras idades, apresentando mais de 8 partos em 8 casos, seguido de pacientes com 50 a 59 anos que apresentaram 7 casos com mais 8 partos. Pacientes com menos de 50 anos e mais de 70 anos tiveram uma paridade menor. Em função disto, o número de pacientes com prolapso uterino foi maior entre 60 a 69 anos de idade (tabela 9), haja visto que, quanto maior a paridade, maior é a tendência de vir a ter prolapso uterino.

A ocorrência de mulheres menopausadas submetidas a histerectomia vaginal foi muito alta abrangendo 88,9% das 54 pacientes (tabela 3). Isto ocorreu pelo fato de que a alteração hormonal após a menopausa contribuiu para o aparecimento do prolapso uterino o qual foi a principal indicação para

histerectomia vaginal neste trabalho. Analisando a tabela 10 foi possível concluir que o prolapso uterino de qualquer grau foi mais comum em mulheres na menopausa.

Em todos os 54 casos houve a associação do prolapso uterino com uma ou mais das seguintes patologias: cistocele, retocele, enterocele, rotura perineal e incontinência urinária de esforço. Em nenhum caso houve neoplasia de vulva associada (tabela 4). Mello acredita que a existência de prolapso uterino puro é raro, só podendo ocorrer em recém-nascida, virgem e mulher que nunca pariu, devido a fator constitucional ⁽¹⁴⁾. Em 97% dos casos, a histerectomia vaginal se associa às correções de cistocele, uretrocele, enterocele, retocele e perineorrafia ⁽¹⁸⁾.

A infecção no pós-operatório de cirurgia ginecológica é causada por bactérias aeróbias e anaeróbias que normalmente se encontram na vagina ⁽¹⁵⁾. A administração de drogas antimicrobianas na prevenção de infecções após histerectomia vaginal tem sido reconhecida como efetiva por grande parte da literatura revisada no presente estudo.

Estudos publicados entre 1988 e 1990 apresentaram a cefalosporina de primeira geração como a mais utilizada. Vários esquemas têm sido observados e a maioria deles têm comprovado a eficácia do uso de antibiótico, estando as cefalosporinas em primeiro lugar na escolha do agente a ser utilizado ⁽¹³⁾.

A profilaxia antibiótica foi de 98,1% neste trabalho. A cefalotina que é uma cefalosporina de primeira geração foi a antibiótico mais usado ficando o cloranfenicol em segundo lugar (tabela 6). Para Oliveira e cols., houve predomínio do uso de cloranfenicol em 74% dos casos, ficando o uso de cefalosporina em 2º lugar ⁽¹⁶⁾.

Hemsell e cols. acreditam que devemos usar a cefazolina para profilaxia e reservar cefoxitina e cefotaxime para terapia devido ao alto custo e eficácia destas medicações (11).

As complicações podem ser transoperatórias ou pós-operatórias. No período transoperatório podem ocorrer complicações como laceração vesical, e retal, complicação anestésica entre outras. No pós-operatório podem ocorrer retenção e infecção urinárias, abscesso pélvico além de complicações mais raras como fistulas urogenitais e retovaginais, granuloma vaginal e prolapso de trompa (13).

As complicações pós-operatórias encontradas neste estudo foram retenção urinária e infecção do trato urinário, havendo 2 casos onde as duas estavam associadas (tabela 7). Silveira e cols. encontraram predomínio das infecções urinárias (16,6%) entre as complicações pós-operatórias. (19)

A retenção urinária geralmente encontra-se associada a colporrafia anterior. A infecção urinária pode ser consequência da retenção urinária (13).

Bergman e cols., demonstraram a eficácia da prostaglandina profilática para acelerar a função vesical espontânea após histerectomia vaginal, diminuindo o tempo de cateterização e por conseguinte prevenindo infecção do trato urinário. (3).

Na literatura consultada, o índice de complicações na histerectomia por via vaginal é menor que por via abdominal. Bacchieri e cols., analisando 650 histerectomias, encontraram 0,82% de acidentes transoperatórios na histerectomia abdominal e ausência de acidentes na histerectomia vaginal. Encontraram ainda índice menor de complicações pós-operatórias nas histerectomias vaginais em relação as abdominais (2).

Em relação a mortalidade, Wing e cols., registraram maior mortalidade em histerectomia abdominal do que na vaginal. A mortalidade associada a histerectomia aumentou com a idade e foi duas vezes maior em negras⁽²¹⁾. Já para Loft e cols., a via de acesso cirúrgico à histerectomia não influenciou nas taxas de mortalidade⁽¹²⁾.

A via de acesso à histerectomia, isto é, abdominal ou vaginal, é orientada pelo diagnóstico e dados clínicos específicos⁽⁴⁾. O tamanho uterino, sua mobilidade e acesso são fatores importantes à seleção da histerectomia por via vaginal⁽¹⁰⁾.

A histerectomia por via vaginal é muito adequada quando a indicação cirúrgica é o relaxamento vaginal e o prolapso uterino. A histerectomia vaginal tem como contra-indicações relativas as afecções associadas com fixação uterina como endometriose, DIP significativa, tumores anexiais preferindo-se nestes casos a via abdominal^(10, 4). Coulam e cols., demonstraram que a cirurgia pélvica não contra-indica a histerectomia vaginal comparando os resultados de 2 grupos: o 1º grupo com cirurgia pélvica prévia e o 2º grupo sem cirurgia pélvica prévia⁽¹⁰⁾.

A técnica cirúrgica predominante neste trabalho foi Heaney com colpoperinoplastia ântero-posterior, realizada em 52 pacientes, e em 3 casos foi feito também anexectomia associada. A técnica de Manchester-Forthergill foi realizada em apenas 2 mulheres.

O resultado do diagnóstico anátomo-patológico revelou 70,4% dos casos com cervicite, 42,6% com atrofia uterina, 9,3% com leiomioma e apenas 1,9% com neoplasia cervical intra-epitelial. Houve mais de um diagnóstico anátomo-patológico em alguns casos. (tabela 8).

CONCLUSÃO

Através deste trabalho foi possível constatar a grande relação entre prolapso uterino, idade, paridade, menopausa e histerectomia vaginal.

A mulher mais idosa, em pós-menopausa e com maior grau de paridade está mais propensa a apresentar prolapso uterino. Isto se deve ao fato dos fatores hormonais estarem alterados na pós-menopausa e pela falha no mecanismo de sustentação do diafragma pélvico, causada geralmente pela elevada paridade.

A histerectomia vaginal realizada nas 54 pacientes deste trabalho foi bem indicada tendo em vista que o prolapso uterino, que é uma das suas principais indicações, foi encontrado em todos os casos em maior ou menor grau. Além disto, uma outra boa indicação foi pelo alto grau de paridade presente nas mulheres aqui estudadas; isto causa uma boa motilidade uterina, facilitando a histerectomia por via vaginal.

O número de complicações pós-operatórias foi baixo e quando ocorreram foi por retenção urinária e infecção do trato urinário.

Enfim, conclui-se que o perfil das mulheres submetidas a histerectomia vaginal neste trabalho foi: paciente idosa com idade entre 50 a 70 anos, história

de paridade numerosa, geralmente menopausada e com diferentes graus de prolapso uterino, predominando o grau III.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. AMIRIKIA, H., EVANS, T. N. Ten-year review of hysterectomies: trends, indications, and risks. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, v. 134, n. 4, p. 431-7, June 1979.
2. BACCHIERI, P. B., MATTOS JÚNIOR, B. Complicações de hysterectomias abdominais e vaginais: que acontece num serviço de ensino? *J. Bras. Ginecol.*, v. 98, p. 321, 1988.
3. BERGMAN, A., MUSHKET, Y., GORDON, D. et al. Prostaglandin prophylaxis and bladder function after vaginal hysterectomy: a prospective randomised study. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, v. 100, n. 1, p. 69-72, Jan. 1993.
4. BURNETT, Lonnie S. Anamnese, exame e operações ginecológicas. In: JONES, Howard W., WENTZ, Anne Colston, BURNETT, Lonnie S. NOVAK: tratado de ginecologia. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1990. 665p., p. 21-2.
5. CARLSON, K. J., NICHOLS, D. H., SCHIFF, I. Indications for hysterectomy. *N. Engl. J. Med.*, v. 328, n. 12, p. 856-60, Mar. 1993.
6. CENTERWALL, B. S. Premenopausal hysterectomy and cardiovascular disease. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, v. 139, n. 1, p. 58-61, Jan., 1981.
7. COULAM, C. B., PRATT, J. H. Vaginal hysterectomy: is previous pelvic

operation a contraindication? *Am. J. Obstet. Gynecol.*, v.116, n. 2, p. 252-60, May 1973.

8. DICKER, R. C., GREENSPAN, J. R., STRAUSS, L. T. et al. Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, v. 144, n. 7, p. 841-7, Dec. 1982.

9. GATH, D., COOPER, P., DAY, A. Hysterectomy and psychiatric disorder: I. Levels of psychiatric morbidity before and after hysterectomy. *Br. J. Psychiat.*, v. 140, p. 335-50, Apr., 1982.

10. GITSCH, G., BERGER, E., TATRA, G. Trends in thirty years of vaginal hysterectomy. *Surgery*, v. 172, n. 3, p. 207-10, Mar. 1991.

11. HEMSELL, D. L., BAWDON, R. E., HEMSELL, P. G. et. al. Single-dose cephalosporin for prevention of major pelvic infection after vaginal hysterectomy: cefazolin versus cefoxitin versus cefotaxime. *AM. J. Obstet. Gynecol.*, V. 156, n. 5, p. 1201-4, May, 1987.

12. LOFT, A., ANDERSEN, T. F., BRONNUM-HANSEN, H., et. al. Early postoperative mortality following hysterectomy. A Danish population based study. 1977-1981. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, v. 98, n. 2, p. 147-54, 1991.

13. MACEDO, A.L.S., SIMÕES, P.M., MACEDO, F.L.S. Histerectomia vaginal. *Femina*, v. 20, n. 12, p. 1233-40, Dezembro, 1992.

14. MELLO, J. O. Prolapso genital. *Femina*, v. 9, p. 841, 1981.

15. MORRISON, J.C., MARTIN JUNIOR, J.N., BLAKE, P.G. et al. Single-dose prophylaxis in patients undergoing vaginal hysterectomy: cefamandole versus cefotaxime. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, v. 160, n. 5, p. 1198-201, May 1989.

16. OLIVEIRA, L. J., URBANETZ, A. A., NASCIMENTO, R. M. M. et al.

Histerectomia vaginal: análise de 126 casos. Rev. Bras. Ginecol. Obstét., v. 15, n. 1, p. 32-7, Jan., 1993.

17. RYAN, M.M. DENNERSTEIN, L., PEPPERELL, R. Psychological aspects of hysterectomy. A prospective study. Br.J. Psychiat., v. 154, p. 516-22, Apr., 1989.
18. SALVATORE, S. A. Histerectomia vaginal. Femina, v. 13, p. 986, 1985.
19. SILVEIRA, G.P.G., SOUZA, S.L.C. Histerectomia vaginal. Femina, v. 4, p. 313, 1985.
20. SMALE, L. E., SMALE, M. L., WILKINING, R.L. et al. Salpingo-oophorectomy at the time of vaginal hysterectomy. Am. J. Obstet. Gynecol., v. 131, n. 2, p. 122-8, May 1978.
21. WINGO, P.A., HUEZO, C.M., RUBIN, G.L. et al. The mortality risk associated with hysterectomy. Am. J. Obstet. Gynecol. v. 152, n. 7, p. 803-8, Aug. 1985.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

1. BEARD, R. W., KENNEDY, R. G., GANGAR, K. F., et. al. Bilateral oophorectomy and hysterectomy in the treatment of intractable pelvic pain associated with pelvic congestion. *Br. J. Obstet. Gynecol.*, v. 98, n. 10, p. 988-92, Oct. 1991.
2. CASPER, R. F., HEARN, M, T. The effect of hysterectomy and bilateral oophorectomy in women with severe premenstrual syndrome. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, v. 162, n. 1, p. 105-9, Jan. 1990.
3. FELDING, C., JENSEN, L. M., TONNESEN, H. Influence of alcohol intake on postoperative morbidity after hysterectomy. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, v. 166, n.2, p. 667-70, Feb. 1992.
4. GOOSENBERG, J., ENRICH, J.P., SCHWARZ, R. H. Prophylatic antibiotics in vaginal hysterectomy. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, v. 105, n. 4, p. 503-6, Oct. 1969.
5. HANCOCK, K. W., SCOTT, J. S. Early discharge following vaginal hysterectomy. *Br. J. Obstet. Gynecol.*, v. 100, n. 3, p. 262-4, Mar. 1993.
6. HEMSELL, D. L., CUNNINGHAM, F. G., KAPPUS, S., et al. Cefoxitin for prophylaxis in premenopausal women undergonig vaginal hysterectomy. *Obstet. Gynecol.* v. 56, p. 629-34, 1980.
7. HEMSELL, D. L., JOHNSON, E. R., HEMSELL, P. G., et. al. Cefazolin for

- hysterectomy prophylaxis. *Obstet. Gynecol.*, v. 76, n. 4, p. 603-6, Oct. 1990.
8. KOVAC, R. S. Intramyometrial coring as an adjunct to vaginal hysterectomy. *Obstet. Gynecol.*, v. 67, n. 1, p. 131-6, Jan. 1986.
 9. LEDGER, W. J., SWEET, R. L., HEADINGTON, J. T. Prophylatic cephaloridine in the prevention of postoperative pelvic infections in premenopausal women undergoing vaginal hysterectomy. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, v. 115, n. 6, p. 766-74, Mar. 1973.
 10. POLK, B. F. SHAPIRO, M., GOLDSTEIN, P., et al. Randomised clinical trial of perioperative cefazolin in preventing infection after hysterectomy. *Lancet*, v. 1, n. 8166, p. 437-40, Mar. 1980.
 11. POWERS, J.W., GOODNO JÚNIOR, J. A., HARRIS, V. D. The outpatient vaginal hysterectomy. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, v. 168, n. 6, p. 1875-80, June 1993.
 12. REINER, I.J. Early discharge after vaginal hysterectomy. *Obstet. Gynecol.*, v. 71, n. 3, p. 416-8, Mar. 1988.
 13. SHAPIRO, M., MUNÓZ, A., TAGER, I. B., et al. Risk factors for infection at the operative site after abdominal or vaginal hysterectomy. *N. Engl. J. Med.*, v. 307, n. 27, p. 161-6, Dec. 1992.
 14. SHETH, S. S. The place of oophorectomy at vaginal hysterectomy. *Br. J. Obstet. Gynecol.*, v. 98, n. 7, p. 662-6, July, 1991.
 15. SIGHTLER, S. E., BOIKE, G. M., ESTAPE, R. E., et al. Ovarian cancer in women with prior hysterectomy: a 14 - year experiences at the University of Miami. *Obstet. Gynecol.*, v. 78, n. 4, p. 681-4, Oct. 1991.
 16. SMITH, A. N., VARMA, J. S., BINNIE, N. R., et al. Disordered colorectal motility in intractable constipation following hysterectomy. *Br. J. Surg.*,

v. 77, n. 12, p. 1361-6, Dec. 1990.

17. STERGACHIS, A., SHY, K. K., GROTHAUS, L. C., et. al. Tubal sterilization and the long-term risk of hysterectomy. JAMA, v. 264, n. 22, p. 2893-8, Dec. 1990.
18. VESSEY, M. P., VILLARD-MACKINTOSH, L., McPHERSON, K., et al. The epidemiology of hysterectomy: findings in a large cohort study Br. J. Obstet. Gynaecol., v. 99, n. 5, p. 402-7, May 1992.
19. WHITELAW, J. M. Hysterectomy: a medical-legal perspective, 1975 to 1985. Am J. Obstet. Gynecol., v. 162, n. 6, p. 1451-8, June 1990.

ANEXO

PROTOCOLO DE HISTERECTOMIA VAGINAL

1. Identificação: Idade: Reg:

2. Antecedentes Gineco-Obstétricos:

G P C Ab.

Menopausa

() Sim () Não

Tratamento () Sim () Não

3. Exame Físico: () Cistocele () Retocele

() Rotura Perineal () Enteroccele

() IUE () Neo de Vulva

Grau de Prolapso Uterino: () I Grau: a cervice é visível no intróito durante o esforço e não o ultrapassa.

() II Grau: a cervice persiste no intróito após cessar o esforço.

() III Grau: a estrutura está exteriorizada sem esforço. O útero está protuldo através do intróito.

4. Profilaxia Antibiótica:

() Não

() Sim

() Cefazolina

☐ Metronidazol

☐ Cloranfenicol

☐ Cefalotina

☐ Outros

5. Cirurgia: ☐ Heaney com Colpoperineo AP

Anexectomia ☐ Sim ☐ Não

☐ Manchester-Forthergill

☐ Histeropexia

6. Complicações Operatórias (Trans e Pós):

☐ Retenção Urinária

☐ Laceração Vesical

☐ ITU

☐ Laceração Retal

☐ Abscesso Pélvico

☐ Comp. Anestésica

7. Anátomo-Patológico:

☐ Hipertrofia Fibromuscular

☐ Leiomioma

☐ Atrofia Uterina

☐ Cervicite

☐ NIC

☐ Outros

**TCC
UFSC
TO
0010**

Ex.1

N.º Cham. TCC UFSC TO 0010

Autor: Corrêa, Ana Cláudi

Título: Histerectomia vaginal : análise



972812695

Ac. 254156

Ex.1 UFSC BSCCSM